

(趣旨)

第 1 条 この告示は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 45 第 1 項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施に関し、法、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号。以下「政令」という。）及び介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第 2 条 この告示において使用する用語の意義は、法、政令、省令、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成 27 年厚生労働省告示第 196 号）及び地域支援事業実施要綱（地域支援事業の実施について（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知。以下「実施要綱」という。）別紙）において使用する用語の例による。

(総合事業の内容)

第 3 条 市長は、総合事業のうち、介護予防・生活支援サービス事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

(1) 訪問型サービス（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イに規定する第 1 号訪問事業をいう。以下同じ。）

ア 国の基準による訪問型サービス（第 1 号訪問事業のうち、省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号に該当するものとして介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成 27 年厚生労働省令第 4 号）第 5 条の規定による改正前の指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 35 号。以下「旧指定介護予防サービス等基準」という。）に定める基準において旧介護予防訪問介護に係る基準を満たすものをいう。以下同じ。）

(2) 通所型サービス（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号ロに規定する第 1 号通所事業をいう。以下同じ。）

ア 国の基準による通所型サービス（第 1 号通所事業のうち、省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号に該当するものとして旧指定介護予防サービス等基準に定める基準において旧介護予防通所介護に係る基準を満たすものをいう。以下同じ。）

イ 通所型短時間サービス（第 1 号通所事業のうち、省令第 140 条の 63 の 6 第 2 号に該当するものとして旧指定介護予防サービス等基準に定める基準において旧介護予防通所介護に係る基準を満たすもの（1 時間 30 分以上 3 時間未満で実施するものに限る。）をいう。以下同じ。）

(3) 介護予防ケアマネジメント（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号ニに規定する第 1 号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）

2 市長は、総合事業のうち、一般介護予防事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

(1) 介護予防把握事業

- (2) 介護予防普及啓発事業
 - (3) 地域介護予防活動支援事業
 - (4) 一般介護予防事業評価事業
 - (5) 地域リハビリテーション活動支援事業
- (対象者)

第4条 前条第1項に掲げる介護予防・生活支援サービス事業の対象者（以下「居宅要支援被保険者等」という。）は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者（介護予防ケアマネジメント事業にあっては、法第58条第1項に掲げる指定介護予防支援（以下「指定介護予防支援」という。）を受けている者を除く。以下「居宅要支援被保険者」という。）
- (2) 市内に住所を有する第1号被保険者であって、介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号。以下「告示」という。）様式第1の質問項目（以下「基本チェックリスト」という。）に対する回答の結果により、告示様式第2に掲げるいずれかの基準に該当するもの（以下「事業対象者」という。）

2 居宅要支援被保険者等は、市が適用する住所地特例被保険者を除き、市内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしている他の市町村の住所地特例適用被保険者を含むものとする。

(登録有効期間)

第5条 事業対象者に係る第20条第2項の規定による登録の有効期間（以下「登録有効期間」という。）は、第1号に掲げる期間と第2号に掲げる期間を合算して得た期間とする。

- (1) 基本チェックリストの実施によって事業対象者となった日から当該日の属する月の末日までの期間
- (2) 12月

2 基本チェックリストの実施によって事業対象者となった日が月の初日である場合にあつては、前項の規定にかかわらず、同項第2号に掲げる期間を登録有効期間とする。

3 要支援認定（法第19条第2項に規定する要支援認定をいう。以下同じ。）を既に受け、かつ、要支援認定の有効期間の満了に当たり、基本チェックリストの実施によって事業対象者となった場合にあつては、第1項の規定にかかわらず、当該有効期間の満了の日の翌日から12月を登録有効期間とする

(総合事業の実施方法)

第6条 介護予防・生活支援サービス事業のうち、訪問型サービス及び通所型サービスは、法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者（以下「指定事業者」という。）が行うものとする。

2 介護予防・生活支援サービス事業のうち、介護予防ケアマネジメントは、四国中央市包括支援センター条例（平成19年四国中央市条例第7号）第2条に規定する地域包括支援センターが行うものとする。

3 一般介護予防事業は、市が実施するもののほか、法第115条の47第4項の規定による委託を受けた者が行うものとする。

(指定の申請)

第7条 指定事業者の指定を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、介護予防・生活支援サービス事業所指定等申請書(様式第1号)により、事業を開始する予定の日の属する月の前々月の末日までに市長に申請しなければならない。

(指定の基準)

第8条 指定事業者の指定に係る基準は、省令第140条の63の6第1号イ及び実施要綱別記1(1)ア(オ)①の定めるところによる。ただし、当該基準に規定する事項に同一の項目がある場合は、実施要綱別記1(1)ア(オ)①の規定を適用する。

2 前項本文に規定する基準を適用する場合における省令第140条の63の6第1号イの規定によりその例によることとされる旧指定介護予防サービス等基準第37条第2項及び第106条第2項の規定の適用については、これらの規定中「2年間」とあるのは「5年間」とする。

(指定の拒否)

第9条 市長は、指定事業者の指定について、当該事業者が前条に規定する基準を満たした場合であっても、次の各号のいずれかに該当する場合は、指定をしないことができる。

- (1) 申請者が法人でないとき。
- (2) 申請者が前条に規定する基準に従って適正な運営をすることができないと認められるとき。
- (3) 申請者が禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (4) 申請者が法その他政令第35条の2に掲げる法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (5) 申請者が労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- (6) 申請者が法第7条第9項に規定する社会保険各法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和44年法律第84号)の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金(地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による国民健康保険税を含む。以下「保険料等」という。)について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定により滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく3月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て(当該処分を受けた者が当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。)を引き続き滞納している者であるとき。
- (7) 申請者が法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であるとき。
- (8) 法第70条第2項第6号の3に規定する申請者と密接な関係を有する者が法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。
- (9) 申請者が法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第12条第2項の規定による事業の廃止の届出

をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。

- (10) 申請者が法第115条の45の7第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として市長が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に、特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第12条第2項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- (11) 第9号に規定する期間内に第12条第2項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- (12) 申請者が指定の申請前5年以内に法第8条第1項に規定する居宅サービス事業又は法第8条の2第1項に規定する介護予防サービス事業に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- (13) 申請者の役員等のうちに第3号から第7号まで又は第9号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

（指定の期間）

第10条 指定事業者に係る省令第140条の63の7に規定する市が定める期間は、6年とする。

（指定の更新）

第11条 法第115条の45の6第1項の規定により指定事業者の更新を受けようとする者は、介護予防・生活支援サービス事業所指定等申請書（様式第1号）により、現に受けている指定の有効期間の満了する日の属する月の前々月の末日までに市長に申請しなければならない。

2 第8条から前条までの規定は、指定事業者の指定の更新について準用する。

（変更等の届出）

第12条 指定事業者は、省令第140条の63の5第1項第1号、第2号、第4号、第5号、第7号、第8号、第12号、第14号及び第15号に掲げる事項に変更があった場合は、当該変更があった日の翌日から起算して10日が経過する日までに変更届出書（様式第2号）により、市長に届け出なければならない。

2 指定事業者は、指定に係る事業を廃止し、休止し、又は休止した事業を再開しようとする場合は、当該事業を廃止し、休止し、又は再開しようとする日の1月前までに廃止等届出書（様式第3号）により、市長に届け出なければならない。

（指定の取消し等）

第13条 市長は、法第115条の45の9の規定により指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止するときは、市長が別に定める書類により、当該指定事業者に通知するものとする。

(訪問型サービス及び通所型サービスに要する費用の額)

第14条 訪問型サービス及び通所型サービスに要する費用の額は、10円に厚生労働大臣が定める一単位の単価(平成27年厚生労働省告示第93号)の表その他の項割合の欄に規定する割合を乗じて得た額に、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める単位数を乗じて得た額とする。この場合において、実施要綱別添1(以下「費用算定基準」という。)1の項及び2の項中「事業対象者・要支援2」とあるのは「要支援2」と読み替えるものとする。

(1) 国の基準による訪問型サービス及び国の基準による通所型サービス 費用算定基準の例により算定した単位数(費用算定基準1の項二訪問型サービス費IVからト訪問型サービス費(短時間サービス)まで並びに2の項イ通所型サービス費(3)及び(4)に定める単位数を除く。)

(2) 通所型短時間サービス 費用算定基準の例により算定した単位数(費用算定基準2の項イ通所型サービス費の算定にあつては、別表に規定する単位数)

(第1号事業支給費の支給)

第15条 市長は、居宅要支援被保険者等が訪問型サービス又は通所型サービスを利用したときは、当該居宅要支援被保険者等に対し、第1号事業支給費(法第115条の45の3第1項に規定する第1号事業支給費をいう。以下同じ。)を支給する。

2 第1号事業支給費の額は、前条の規定により算定した費用の額の100分の90に相当する額とする。ただし、居宅要支援被保険者等が法第59条の2第1項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者であるときは、100分の80に相当する額と、同条第2項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者であるときは100分の70に相当する額とする。

3 災害その他の特別の事情があることにより、居宅要支援被保険者等が訪問型サービス又は通所型サービスに必要な費用を負担することが困難であると市長が認める場合における前項の規定の適用については、同項中「100分の90」とあるのは「100分の90から100分の100までの範囲内の割合」と、「100分の80」とあるのは「100分の80から100分の100までの範囲内の割合」と、「100分の70」とあるのは「100分の70から100分の100までの範囲内の割合」とすることができる。

4 市長は、第1号事業支給費の審査及び支払に関する事務を法第115条の45の3第6項の規定により愛媛県国民健康保険団体連合会に委託して行うことができる。

5 市長は、前項の規定による委託を行う場合において、居宅要支援被保険者等が訪問型サービス又は通所型サービスを利用したときは、当該居宅要支援被保険者等が当該指定事業者を支払うべき当該事業に要した費用について、第1号事業支給費として当該居宅要支援被保険者等に支給すべき額の限度において、当該居宅要支援被保険者等に代わり、当該指定事業者を支払うものとする。

6 前項の規定による支払があつたときは、居宅要支援被保険者等に対し第1号事業支給費の支給があつたものとみなす。

(高額介護予防サービス費相当事業等)

第16条 市長は、実施要綱別記1第2の1の(1)ア(コ)に規定する高額介護予防サービス費相当事業及び同ア(サ)に規定する高額医療合算介護予防サービス費相当事業(次項において「高額介護予防サービス費相当事業等」という。)を行うものとする。

2 高額介護予防サービス費相当事業等に係る支給要件、支給額その他の必要な事項については、政令第29条の2の2及び第29条の3の規定を準用する。

(支給限度額)

第17条 居宅要支援被保険者が訪問型サービス又は通所型サービスを利用する場合の支給限度額は、要支援状態区分に応じ、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成12年2月10日厚生省告示第33号。以下「区分支給限度基準額」という。）第2号の規定により算定した額とする。

2 事業対象者が訪問型サービス又は通所型サービスを利用する場合の支給限度額は、区分支給限度基準額第2号イの規定により算定した額に相当する額とする。

(利用料等)

第18条 介護予防・生活支援サービス事業の利用料は、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める額とする。

(1) 訪問型サービス及び通所型サービス 第14条に規定する費用の額から第15条第2項に規定する第1号事業支給費の額を控除して得た額

(2) 介護予防ケアマネジメント 無料

2 指定事業者は、前項第1号に規定する利用料のほか、省令第140条の63の5第1項第8号に規定する運営規程の定めるところにより、訪問型サービス又は通所型サービスの実施に係る食費、原材料費等の実費相当額を居宅要支援被保険者等に請求することができる。

(介護予防・生活支援サービス事業の利用手続)

第19条 居宅要支援被保険者は、介護予防・生活支援サービス事業を利用しようとするときは、四国中央市介護保険条例施行規則（平成16年四国中央市規則第111号）第21条の介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書により、市長に届け出なければならない。

2 市長は、前項の規定による届出があったときは、その旨を被保険者証に記載するものとする。

3 市長は、前項の規定による記載をする場合において、既に省令第95条の2第2項の規定による記載がなされているときは、第1項の規定による届出があったものとみなす。

第20条 事業対象者は、介護予防・生活支援サービス事業を利用しようとする場合は、介護予防・生活支援サービス事業対象者登録（更新）申請書（様式第4号）に介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（様式第5号）を添えて、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合は、これを審査し、告示に該当すると認めるときは、市長が別に定める被保険者台帳に当該事業対象者を登録し、その旨を被保険者証に記載するものとする。

(指導及び監査)

第21条 市長は、総合事業の適切かつ有効な実施のため、指定事業者及び第6条第3項の委託を受けた者に対し、指導及び監査を行うものとする。

(その他)

第22条 この告示の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成29年4月1日から施行する。ただし、附則第4項及び附則第5項の規

定は、告示の日から施行する。

(四国中央市介護予防事業実施要綱の廃止)

2 四国中央市介護予防事業実施要綱(平成23年四国中央市告示第190号)は、廃止する。

(四国中央市介護予防事業実施要綱の廃止に伴う経過措置)

3 この告示の施行の日(以下「施行日」という。)の前日までに前項の規定による廃止前の四国中央市介護予防事業実施要綱の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、この告示の相当規定によりなされたものとみなす。

(施行日前の届出等)

4 施行日以後に指定事業者の指定を受けようとする者は、同日前においても、第7条の規定の例により、申請をすることができる。

5 施行日以後に介護予防・生活支援サービス事業を利用しようとする者は、同日前においても、第19条第1項の規定の例により、届出をすることができる。

(居宅要支援被保険者に係る経過措置)

6 第4条第1項第1号の規定にかかわらず、施行日の前日において居宅要支援被保険者である者は、当該要支援認定に係る有効期間の終了した日の翌日から介護予防・生活支援サービス事業の対象者とする。

附 則(平成29年12月28日告示第159号)

(施行期日)

1 この告示は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現に提出されているこの告示による改正前の様式第1号に規定する申請書は、この告示による改正後の様式第1号に規定する申請書とみなす。

附 則(平成30年5月22日告示第89号)

(施行期日)

1 この告示は、告示の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現に提出されているこの告示による改正前の様式第5号に規定する届出書は、この告示による改正後の様式第5号に規定する届出書とみなす。

附 則(平成30年7月31日告示第113号)

(施行期日)

1 この告示は、平成30年8月1日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

(1) 第6条第2項及び第18条の改正規定 告示の日

(2) 第8条、様式第1号及び様式第2号の改正規定 平成30年10月1日

(経過措置)

2 前項第2号に規定する改正規定の施行の日の前日までに提出されたこの告示による改正前の様式第1号及び様式第2号に規定する申請書及び届出書は、この告示による改正後の様式第1号及び様式第2号に規定する申請書及び届出書とみなす。

別表（第 14 条関係）

通所型短時間サービスに要する費用の額の算定に関する基準

事業費の区分	対象者	単位数
通所型短時間サービス費	要支援 1 及び事業対象者	1 月当たり 1, 318 単位。ただし、指定通所型短時間サービス事業所と同一建物に居住する者又は指定通所型短時間サービス事業所と同一建物から指定通所型短時間サービス事業所に通う者に対し、通所型短時間サービスを行った場合（傷病により一時的に送迎が必要であると市長が認める利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると市長が認める利用者に対して送迎を行った場合を除く。）は、376 単位を減ずる。
	要支援 2	1 月当たり 2, 702 単位。ただし、指定通所型短時間サービス事業所と同一建物に居住する者又は指定通所型短時間サービス事業所と同一建物から指定通所型短時間サービス事業所に通う者に対し、通所型短時間サービスを行った場合（傷病により一時的に送迎が必要であると市長が認める利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると市長が認める利用者に対して送迎を行った場合を除く。）は、752 単位を減ずる。

備考

- 1 利用者数が利用定員を超えるときは、単位数に 100 分の 70 を乗じるものとする。
- 2 看護職員又は介護職員の員数が旧指定介護予防サービス等基準第 7 章介護予防通所介護第 2 節人員に関する基準に規定する員数に満たないときは、単位数に 100 分の 70 を乗じるものとする。
- 3 若年性認知症利用者（政令第 2 条第 6 号に規定する初老期における認知症によって要支援となった者をいう。以下同じ。）に対して通所型短時間サービスを行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、1 月につき 240 単位を加算する。
- 4 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防

特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、通所型短時間サービス費は、算定しない。

- 5 利用者が一の指定通所型短時間サービス事業所において通所型短時間サービスを受けている間は、当該指定通所型短時間サービス事業所以外の指定通所型短時間サービス事業所が通所型短時間サービスを行った場合に、通所型短時間サービス費は、算定しない。

様式第1号（第7条、第11条関係）

受付番号	
------	--

介護予防・生活支援サービス事業所指定等申請書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

㊟

介護保険法第115条の45の3第1項に規定する事業所に係る（指定・更新）を受けたいので、四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（第7条・第11条）の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)			
	連絡先		電話番号		FAX番号	
	法人の種別				法人所轄庁	
	代表者の職・氏名・生年月日		職名		フリガナ氏名	生年月日
	代表者の住所		(郵便番号 -)			
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地		(郵便番号 -)			
	連絡先		電話番号		FAX番号	
	指定を受けようとする事業所の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	生活支援サービス	ス訪問型	訪問介護相当サービス			付表1
		通所型サービス	通所介護相当サービス			付表2
通所型短時間サービス						
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						

備考

- 1 法人の種別欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人等の別を記入すること。
- 2 法人所轄庁欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 3 実施事業欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に○印を記入すること。
- 4 指定申請をする事業の事業開始予定年月日欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入すること。
- 5 既に指定を受けている事業の指定年月日欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記入すること。
- 6 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを医療機関コード欄に記入すること。複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正してその全てを記入すること。

付表1-1 訪問型サービス事業所の指定に係る記載事項

(表)

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	名前						
	生年月日						
	事業所内の従事者との兼務の有無	有・無		(職種:)			
	他事業所の従事者との兼務の有無	有・無		事業所の名称			
			兼務する職種及び勤務時間等				
サービス提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	名前						
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	名前						
従業者	訪問介護員等		常勤(人)	非常勤(人)	常勤換算後の員数(人)	基準上の必要人員(人)	適合の可否
		専従				※	※
		兼務					
主な揭示事項	営業日						
	営業時間						
	利用料	法定代理受領分					
		法定代理受領分以外					
	その他の費用						
通常の事業の実施区域							
添付書類	別添のとおり						

(裏)

備考

- 1 ※欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。
- 3 主な揭示事項については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 4 次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (5) 当該申請事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (6) 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
 - (7) 当該訪問型サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該訪問型サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 5 出張所がある場合等、訪問型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合は、所在地、従業員及び営業時間等を付表1－2に記載すること。

付表1-2 訪問型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
主な 掲 示 事 項	営業日				
	営業時間				
	利用料	法定代理受領分			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用				
通常の事業の実施区域					
添付書類	別添のとおり				

備考

- 1 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。
- 2 主な掲示事項については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表2-1 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項

(表)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	名前								
	生年月日								
	事業所内の従事者との兼務の有無	有・無		(職種：)					
	他事業所の従事者との兼務の有無	有・無		事業所の名称					
			兼務する職種及び勤務時間等						
実施単位数	単位		同時に通所（療養）介護及び通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限						人
従業者	単位当たりの従業者	生活相談員		看護職員		介護職員（従事者）		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤（人）							
		非常勤（人）							
		※基準上の必要員数（人）							
		※適合の可否							
食堂及び機能訓練室の面積合計		m ²		※基準上の必要数値				m ²	
		※適合の可否							
主な揭示事項	定員	人							
	営業日								
	営業時間	サービス提供時間（送迎時間を除く。）							
	利用料	法定代理受領分							
		法定代理受領分以外							
	その他の費用								
通常の事業の実施区域									
添付書類	別添のとおり								

(裏)

備考

- 1 ※欄は、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。
- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業員の職種及び員数について、付表2-1（別紙）に記載し添付すること。
- 4 主な揭示事項については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。
- 5 次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 申請者の登記事項証明書又は条例等
 - (2) 事業所の平面図及び設備の概要を記載した書類
 - (3) 運営規程
 - (4) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
 - (5) 当該申請事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
 - (6) 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書
 - (7) 当該通所型サービス以外のサービスを実施しようとするときは、当該通所型サービスに係る部分とそれ以外のサービスに係る部分の料金の状況が分かる料金表
- 6 通所型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する施設を有するときは、所在地、従業員及び営業時間等を付表2-2に記載すること。

付表2-1 (別紙) 通所型サービス事業所の指定に係る記載事項 (2単位目以降)

事業所		フリガナ											
		名称											
単位	従業者	単位当たりの従業者		生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		機能訓練指導員			
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
			常勤(人)										
			非常勤(人)										
			※基準上の必要員数(人)										
	※適合の可否												
	主な揭示事項	定員	人										
		営業日											
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く)										
	単位	従業者	単位当たりの従業者		生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		機能訓練指導員		
専従					兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常勤(人)													
非常勤(人)													
※基準上の必要員数(人)													
※適合の可否													
主な揭示事項		定員	人										
		営業日											
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く)										
単位		従業者	単位当たりの従業者		生活相談員		看護職員		介護職員(従事者)		機能訓練指導員		
	専従				兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常勤(人)												
	非常勤(人)												
	※基準上の必要員数(人)												
	※適合の可否												
	主な揭示事項	定員	人										
		営業日											
		営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く)										

備考

- ※欄は、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。
- 主な揭示事項については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えない。

付表 2-2 通所型サービスを事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

一 部 事 業 施 設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
実施単位数	単位		同時に通所（療養）介護及び通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限						人		
従業者	単位当たりの従業者		生活相談員		看護職員		介護職員（従事者）		機能訓練指導員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		常勤（人）									
		非常勤（人）									
		※基準上の必要員数（人）									
		※適合の可否									
食堂及び機能訓練室の面積合計			㎡		※基準上の必要数値				㎡		
					※適合の可否						
主な 掲 示 事 項	定員	人									
	営業日										
	営業時間	サービス提供時間（送迎時間を除く）									
添付書類	別添のとおり										

備考

- ※欄は、記入しないこと。
- 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。
- 一部事業を実施する施設を複数有するときは、適宜、欄を設けて記載するか又は別に記載した書類を添付すること。

変更届出書

年 月 日

四国中央市長 様

所在地
 事業者 名称
 代表者氏名 ㊟

指定を受けた内容を変更したので、四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第12条第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

		介護保険事業所番号																		
指定内容を変更した事業所		名 称																		
		所 在 地	(郵便番号 -)																	
サービスの種類																				
変更があった事項		変更の内容																		
1	事業所の名称	(変更前)																		
2	事業所の所在地																			
3	申請者の名称																			
4	主たる事務所の所在地																			
5	代表者の氏名、住所及び職名																			
6	登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）	(変更後)																		
7	事業所の建物の構造、専用区画等																			
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所																			
9	運営規程																			
10	その他（ ）																			
変更年月日		年 月 日																		

備考

- 1 該当項目番号に○印を付すこと。
- 2 変更内容が確認できる書類を添付すること。

様式第4号（第20条関係）

介護予防・生活支援サービス事業対象者登録（更新）申請書

四国中央市長 様

介護予防・生活支援サービス事業の利用を希望するので、四国中央市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第20条第1項の規定により、次のとおり事業対象者としての登録を申請します。

申請区分	新規 ・ 更新	申請年月日	年 月 日
申請者	被保険者番号		性別
	フリガナ		生年月日
	氏名		
	住所	〒	
		電話番号	()
※前回認定等	前回認定等	事業対象者 支1・支2 介1・2・3・4・5	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
利用希望サービス	訪問型サービス ・ 通所型サービス		
備考			

注 ※欄は、該当する場合のみ記入すること。

様式第5号（第20条関係）

介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書										
								区 分		
								新規・変更		
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号					
フリガナ										
					個 人 番 号					
					生 年 月 日			性 別		
					年 月 日			男・女		
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する事業者										
事 業 所 名				事 業 所 の 所 在 地 〒						
				電 話 番 号						
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者										
※居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。										
居 宅 介 護 支 援 事 業 所 名				居 宅 介 護 支 援 事 業 所 の 所 在 地						
				電 話 番 号						
サ ー ビ ス 開 始 年 月 日										
				年 月 日						
介護予防ケアマネジメント依頼事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等										
※変更する場合のみ記入してください。										
								変 更 年 月 日		
								(年 月 日付)		
四国中央市長 様										
上記の事業者に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。										
年 月 日										
住所										
被保険者					電話番号					
氏名					㊟					
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者の資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業者事業所番号								
注 1 この届出書は、事業対象者の登録時に四国中央市へ提出してください。 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所又は受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず四国中央市に届け出てください。										